

NEERLANDS
BIBLIOTECA



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PERNAMBUCO - FESP
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM MEDICINA
PREVENTIVA E SOCIAL/1994 - 1996.

**AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA
ESQUISTOSSOMOSE NA ZONA DA MATA SUL
DE PERNAMBUCO, NO CONTEXTO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

AUTORA: ANTONIETA GONÇALVES DE ANDRADE

ORIENTADOR: EDUARDO FREESE DE CARVALHO

RECIFE

1996

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISA AGGEU MAGALHÃES
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PERNAMBUCO - FESP
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM MEDICINA
PREVENTIVA E SOCIAL/1994 - 1996.

**AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA
ESQUISTOSSOMOSE NA ZONA DA MATA SUL DE
PERNAMBUCO, NO CONTEXTO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

AUTORA: ANTONIETA GONÇALVES DE ANDRADE *
ORIENTADOR: EDUARDO FREESE DE CARVALHO **

Monografia apresentada à coordenação
do programa para conclusão da
Residência Multiprofissional em Medicina
Preventiva e Social. 1994 - 1996

Recife/1996

(*) Residente do segundo ano de NESC-PE/CPqAM/FIOCRUZ

(**) Diretor e Docente do Nesc/CPqAM/FIOCRUZ e docente da UFPE.

SUMÁRIO

Agradecimentos

Resumo

1 - Apresentação	6
2 - Introdução	8
3 - Objetivo geral	25
3.1 - Objetivos Específicos	25
4 - Metodologia	26
4.1 - Caracterização da Área de Estudo.....	27
5 - Resultados	32
6 - Conclusões	48
7 - Anexos	51
8 - Referências Bibliográficas	51

AGRADECIMENTOS

A Maria dos Anjos e Antonio Gonçalves (in memoriun) meus pais, por terem me dado e proporcionado as condições necessárias para a construção de espaços profissionais e pelo amor constante.

A minhas irmãs: Clara, Beth, Heloiza e Cristina pela força e apoio durante o percurso do dia a dia.

A todos os funcionários do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, pelo carinho e acolhimento constante no desenvolver dos trabalhos da Residência.

Aos meus amigos de turma de Residência: Kátia Rejane, Carla Roberta, Edilene, Verônica, Kátia Maria e Sidney, pelo grande desafio que alcançamos no momento de terminar-mos um curso multiprofissional na perspectiva da consolidação de referenciais teóricos.

A todos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde pela sensibilidade de meu aceite e de compartilharmos juntos o desafio que é trabalhar com a Saúde Coletiva, em especial a equipe de Endemias/Zoonoses: Eduarda, Ridelane, Denize, Zé Geraldo, Vânia, Bete e Duarte.

A Eduarda Cesse, minha orientadora no estágio, não só pela oportunidade de compartilharmos juntas o desafio de trabalhar na perspectiva da Saúde Coletiva, mas pelo carinho e lembrança constante nos espaços da Epidemiologia.

A Eduardo Freese de Carvalho, meu orientador, pelas oportunidades de poder trabalhar com a Epidemiologia e pelo carinho durante o desenvolvimento da monografia.

A Aderaldo Alexandrino de Freitas, pelo carinho, companheirismo e estímulo constante na construção de referências teóricas na perspectiva de trabalhar com a Epidemiologia.

A todos os professores, os que fazem e que já fizeram parte do corpo docente do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC, pela troca de conhecimentos e experiências.

RESUMO

ANDRADE, A.G. de. Avaliação do Controle da Esquistossomose na zona da mata sul de Pernambuco, no contexto do Sistema Único de Saúde.
Recife: FIOCRUZ/CPqAM-NESC-PE, 1996.

No presente trabalho de monografia estuda-se aspectos históricos das políticas no controle das endemias, no contexto do Sistema Único de Saúde, e particularmente da esquistossomose, na zona da mata sul do estado de Pernambuco.

O número de óbitos analisados no período de 1982 a 1992, na área demonstrou que a esquistossomose continua sendo um problema de saúde pública com ocorrência em populações de baixa renda e específica para faixas etárias economicamente ativas.

Os dados secundários de morbidade relativos ao diagnóstico coproscópico, tratamento e avaliações e avaliações de cada intervenção, referentes ao controle da esquistossomose, no período de 1977 a 1994, evidência a persistência de endemicidade na área de estudo, mostrando o quanto se está distante de ser atingida a meta de ampliar para 80% o número de localidades com índices de prevalência abaixo de 5%, conforme as metas do Programa de Controle das Doenças Endêmicas no Nordeste (PCDEN-PE).

O estudo demonstra ainda que os caminhos para o controle da esquistossomose realizados pela Fundação Nacional de Saúde não tem considerado nos aspectos do tratamento dos portadores, tratamento malacológico, saneamento básico e educação e saúde, os fatores epidemiológicos e sociais de cada realidade trabalhada.

1 - APRESENTAÇÃO

O trabalho de monografia cumpre a parte final dos requisitos da Residência em Medicina Preventiva e Social – NESC / CPqAM / FIOCRUZ.

A construção desta proposta se deu a partir da necessidade identificada de estudar e avaliar a forma e os métodos de controle das Endemias, realizadas pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), atual Fundação Nacional de Saúde, no momento da descentralização das ações de controle para os municípios. Necessidade esta sedimentada durante o desenvolvimento das atividades de estágio no Programa de Controle de Doenças Endêmicas no Nordeste – PCDEN/PE, desenvolvidas na Diretoria de Epidemiologia e Vigilância Sanitária/Departamento de Epidemiologia/Divisão de Doenças Transmissíveis/Programa de Endemias – Secretaria Estadual de Saúde/PE e aprofundada durante a realização de atividades e análises, enquanto estudante residente desta Instituição, na Pesquisa intitulada: “Avaliação de Impacto de Programas de Informação, Educação e Comunicação/Mobilização Comunitária (IEC/MC) no controle das Doenças Endêmicas Brasileiras” – Versão Pernambuco, onde envolveu durante seu desenvolvimento instituições municipais, estaduais e federais, a partir de um

projeto nacional, que objetivava realizar um diagnóstico de programas de mobilização comunitária desenvolvidos em cinco estados brasileiros (Nordeste de MG, BA, PE, CE e MA), através da Fundação Nacional de Saúde (PCDEN).

As conclusões finais da Pesquisa, da versão de cada Estado, procuraram determinar os resultados deste Programa dentro de uma perspectiva epidemiológica e etnológica.

A versão da Pesquisa em PE teve como coordenador do componente epidemiológico o Dr. Eduardo Freese de Carvalho (Diretor e professor do NESC/CPqAM/FIOCRUZ e professor da UFPE) e como coordenador do componente antropológico o Dr. Moab Duarte Acirole (professor da FAFIRE).

Partindo deste contexto, procurou-se neste trabalho monográfico avaliar as ações de controle, realizadas pela F.N.S., em uma das três Endemias trabalhadas pelo PCDEN (Doenças de Chagas, Leishmaniose e Esquistossomose), sendo eleita a Esquistossomose por sua importância como problema de Saúde Pública na Zona da Mata Sul de Pernambuco, apresentando altas taxas de prevalência, particularmente, em populações de baixa renda.

2 - INTRODUÇÃO

As endemias constituem um grupo de doenças que, embora não sejam claramente delimitadas, estão na compreensão de todos os sanitaristas, sendo mais conhecidas, impropriamente, como “doenças tropicais” (Barbosa, 1978; Agudelo, 1985), ou ainda doenças de massa, de alta prevalência e crônicas, que devem ser combatidas severamente (Barbosa, 1983). No entanto não podemos perder de vista a sua relação com regiões subdesenvolvidas comprovando ligação a fatores de ordem econômica e social, principalmente nas áreas rurais, no caso brasileiro, embora nos últimos anos esteja ocorrendo um processo de urbanização (Siqueira, 1995).

São infecções relacionadas às formas de ocupação do espaço à qualidade de moradia e à disponibilidade de saneamento básico.

Na Inglaterra em 1848, os defensores da idéia da medicina social e saúde pública registravam que as relações sociais e econômicas teriam um impacto crucial sobre a saúde e a doença e que estas deveriam ser submetidas à investigação científica. (Costa, 1986).

Com a descoberta e o desenvolvimento da origem microbiológica das doenças (Robert Koch, 1870) incentivaram-se estudos que avançaram na história biológica das doenças, investigando os vetores

ou intermediários das doenças. Mais tarde, na década final do século XIX, e nos primeiros anos do século XX são revelados o papel dos vetores na transmissão de determinadas doenças comunicáveis (Rosen, 1994).

Este foi o momento do nascimento da parasitologia e dos estudos das chamadas “doenças tropicais”.

No Brasil, enfermidades como a doença do sono, malária, febre amarela, além da peste etc foram aquelas onde existiram as principais descobertas enquanto “doenças tropicais”, no entanto a insistência no conhecimento dos insetos vetores destas doenças não obedeceu a impulsos humanitários e científicos, e sim para livrar dos contágios os militares funcionários e empresários envolvidos na ocupação de terras durante a expansão colonialista do final do século XIX (Costa, 1986).

Com a emergência da bacteriologia esclareceu-se o problema da cursação biológica da doença e permitiu, por outro lado, que a partir do final do século XIX, os programas de saúde pública, fossem efetivados ignorando a relação entre doença e condições sociais.

Sendo assim o desenvolvimento da saúde pública, a partir do início do século, caracterizou-se com uma predominância em relação ao saber e organização do serviço de saúde voltados para as doenças coletivas nos programas de saúde com:

- a) hegemonia do modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais vetores;
- b) concentração da investigação em instituições estatais.
- c) influência do modelo organizativo para as instituições científicas do Instituto Pasteur. (COSTA, 1986).

Quando eclodiu a epidemia de peste no Rio de Janeiro, as autoridades federais perceberam que tinham apenas a direção provisória dos serviços de defesa sanitária, não possuindo o direito de intervir na higiene das moradias, o que leva, em 1902, a Diretoria Geral de Saúde Pública, a reivindicar ao presidente Campos Sales a transferência para o Estado Central os serviços de higiene para Capital Federal, o que se obteve através da lei de Congresso (Costa, 1986).

Esta lei estabeleceu em 1902, as bases para o serviço de defesa sanitária da Capital Federal, impôs a notificação obrigatória dos casos de tifo, cólera, febre amarela, peste, varíola, difteria, febre tifóide, tuberculose aberta e lepra ulcerosa (Costa, 1986).

Ainda neste ano surgiu a Organização Panamericana de la Salud (O.P.S.) “como um mecanismo para que os Estados Unidos pudessem implantar certas medidas relativas ao saneamento marítimo”, ficando as empresas industriais-financeiras, como a Fundação Rockefeller,

responsáveis pelo saneamento terrestre nas campanhas contra doenças debilitantes (ancitossomíase e malária) (Lyda, 1994).

Embora as estatísticas no Brasil sejam sabidamente deficientes, as estimativas mais recentes indicam que continuam elevadas as taxas de prevalência das antigas doenças “endêmias rurais” tal como a esquistossomose.

As esquistossomose continua a ser um dos importantes problemas de saúde pública do País, pelo grande número de brasileiros infectados, pela grande extensão de sua zona endêmica com risco constante de disseminação para outras regiões de territorial nacional, devido à precariedade das medidas de controle e pela presença de formas graves da doença, incapacitando os indivíduos, nos estágios de vida de maior produtividade. Originando-se provavelmente no Egito, a esquistossomose doença de incidência secular na zona da mata e litoral do Nordeste, espalhou-se por vasta área do território africano, seguindo o curso dos grandes rios. Quase a totalidade dos autores que estudaram o assunto acreditam que esta endemia tenha sido introduzida no Brasil, por volta de 1500, pela África, infectando os negros escravizados, trazidos para cá com o objetivo de sua exploração, como mão de obra barata, na lavoura canavieira em ascensão. (Freitas, 88).

A partir dos focos originais da doença, nas zonas canavieiras do nordeste, o esquistossoma foi transportado como assinala Marques (1979) para diferentes regiões do território brasileiro acompanhado as correntes de migração interna, sendo condicionada pelas condições ecológicas propícias, isto é, a presença do caramujo planorbídeo.

A dispersão da doença esquistossomática, colocada na totalidade sócio-econômica que lhe dá significação, é explicada pelas precárias condições de vida do nordestino, determinadas pela exploração do trabalho nas zonas esquistossomáticas originais, seguida pela necessidade de migrar em busca de sobrevivência, ou no mínimo, de condições mais humanas de vida em pólos de desenvolvimento ou industriais, mercê do desenvolvimento desigual que a dinâmica de acumulação capitalista impôs à economia brasileira (Pellegrini Filho, 1978).

Assim, ainda no período colonial, pode ter ocorrido a introdução da endemia em ampla área do território nacional.

Já no século XVII, surge movimento migratório orientado para o interior dos Estados da Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Alagoas, Sergipe e Bahia, destinado a implementar criação de gado, com a finalidade de abastecer o mercado aberto com a colonização do litoral nordestino, decorrente da exploração da cana de açúcar (Souza, 1980).

No século XVIII, criaram-se condições para que a esquistossomose viesse a atingir áreas do interior de Minas Gerais e Bahia, como decorrência de deslocamentos populacionais para estas regiões, atraídos pela descoberta de jazidas auríferas e de outros minerais preciosos, cuja exploração, neste século, constituía a principal atividade econômica do País.

Ainda no século XIX, em alguns casos e nas primeiras décadas do presente século, outros movimentos migratórios chegaram a regiões do sul e sudeste do Brasil. Como exemplo, temos o caso do estado de São Paulo, que após o ciclo da borracha, suporte econômico do País, durante algum tempo, expandiu-se a cultura do café e depois veio a explosão industrial de São Paulo, que passou a atrair migrantes nordestinos, mesmo na ausência de secas (Freitas, 1988).

A área endêmica compreende parte dos estados do: Maranhão, Alagoas, Pernambuco, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná e focos isolados no Pará, Piauí, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal (Ministério da Saúde, 1988). No entanto estudos recentes coloca Pernambuco em segundo lugar em endemicidade, sendo antecedido apenas pelo estado de Alagoas em níveis de prevalência (FNS, 1994).

Apesar da doença não ser nova, a esquistossomose só começou a ser vista como doença de massa após inquérito de âmbito nacional sobre a “Distribuição Geográfica da Esquistossomose no Brasil” planejado e realizado por Barea Pellon e Isnard Teixeira (sanitaristas) da Divisão de Organização Sanitária, do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.) em 1948 e 1949. Inicialmente abrangendo onze estados, do Maranhão a Bahia e mais Espírito Santo e Minas Gerais, encontrando a mais elevada prevalência nos estados de Sergipe, Pernambuco e Alagoas.

Em 1951/52, Isnard Teixeira completou o inquérito sobre a esquistossomose incluindo os estados da região sul e centro oeste, particularmente os que recebiam imigrantes nordestinos (norte do Paraná, Goiás e Mato Grosso do Sul). A partir deste enfoque houve grande impulso para o combate à Endemia (Freitas, 1988).

Neste mesmo ano, em Pernambuco e Ceará o Departamento Nacional de Obras (D.N.O.) escolheu focos de elevada prevalência e instalou programas experimentais com o objetivo de estabelecer a melhor metodologia que quebrasse um ou mais elos da cadeia epidemiológica: 1 - eliminado o verme através do tratamento parasitológico dos portadores; 2 - fazendo o controle do caramujo hospedeiro intermediário, com o emprego de compostos químicos moluscidas; 3 - evitando que os habitantes de áreas de foco tenham contato, nos rios com cercárias infectantes, para isso

promovendo a construção de chafarizes, lavanderias e banheiros públicos; 4 - prevenindo-se a poluição das águas de superfície com dejetos humanos através de construção de fossas; 5 - Programa de Educação para a Saúde, para conscientizar e engajar as comunidades na luta contra a endemia através da mudança de hábito de vida (Freitas, 1988).

Em 1954 a Campanha Contra a Esquistossomose que vinha sendo desenvolvida pela Departamento de Organização Sanitária (DOS) foi incorporada ao Serviço Nacional de Malária e depois de março de 1956 ao Departamento Nacional de Endemias Rurais-DNERu.

Agora sendo o controle nas mãos do DNERu, dispondo de mais recursos orçamentários, este realizou várias pesquisas em áreas geográficas limitadas de diversos estados, testando e verificando formas de tratamento dos portadores, educação sanitária, controle dos planorbídeos através de moluscidas e serviços de saneamento e abastecimento de água.

Para o tratamento não se dispunha de medicamento eficaz, de baixa toxidez e barato, a fim de permitir seu emprego em massa, até que na década de 70, novas perspectivas com a última geração de esquistossomicidas – **Oxamniquine** (hidroximetil - tetrahydroquinolina), (Mansil). Logo experimenta por numerosos clínicos, e aqui em Pernambuco, por Amauri Coutinho e Rui João Marques, mostrando-se eficaz, de boa

tolerância em dosagem única por via oral, produzindo alguns efeitos colaterais transitórios, sem conseqüências. (Freitas, 1988).

Em 1970 é criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM, da agregação do DNERu, da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), cuja ações baseadas num perfil de administração verticalizada – centralizada e no modelo explicativo de doença determinado pela relação agente etiológico – indivíduo (unicausalidade) e quando avançou, associou a fatores ecológicos ambientais (multicausalidade), ignorando a determinação social das endemias. Que em 1976 inicia o “Programa Especial de Controle da Esquistossomose” (PECE) com o objetivo de combater a endemia em Pernambuco como em todo nordeste. (IBAM, 1995).

Tendo como metas operacionais básicas a medicação em massa com **oxamniquine** (Mansil), em esquemas bem definidos, e o controle das populações de planorbídeos. Estas devem ser complementadas com a instalação de serviços de abastecimento de água, construção de lavanderias, banheiros, chafarizes públicos, ligados à rede de água e privadas higiênicas domiciliares nas localidades não servidas por aquele sistema. Medidas intensivas de educação sanitária, com a participação de

brigadas de “Patrulheiros de Saúde”, formadas por escolares vigilantes, que motivam a comunidade para os objetivos do programa (Souza, 1977).

O PECE planejou e executou na localidade Santo Antonio das Trempes, em Palmares, município da zona da mata sul de Pernambuco, com 571 habitantes (50,43% prevalência) ação integral contra a endemia em seus quatro componentes.

Ainda na década de 70, por ocasião das epidemias de meningite A e C, no país, a SUCAM foi vinculada a campanha contra estas epidemias com a participação das secretarias estaduais de saúde. Sendo assim foi criada, também pela persistência da poliomielite no território brasileiro, a Lei nº 6.259, que organizou as ações de vigilância epidemiológica (VE) no Brasil, instituindo através do decreto nº 78.231/76 o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que em seu conteúdo reproduzia a dicotomia entre a assistência médico-hospitalar, voltada para as ações individuais e de caráter curativo, e a saúde pública, fundamentada em ações coletivas, frequentemente preventivas. Em consequência, a concepção de vigilância epidemiológica ficou restrita ao controle de doenças transmissíveis, definidas como prioritárias, ficando de fora do sistema os acidentes de trabalho e de trânsito, neoplasias e doenças cardiovasculares (Ministério da Saúde, 1993).

Em 1980, cinco anos após a criação do PECE, esse ainda na SUCAM, perde sua característica de especial, passando a denominar-se Programa de Controle da Esquistossomose (PCE), o que contribui para que, a nível de coordenadorias regionais ocorram modificações na metodologia e estratégia. A partir daí, deixa de existir uniformidade na ação do Programa, nas diferentes coordenadorias, variando de um para outro estado, os critérios de avaliação, simultaneidade de ações de tratamento humano, do uso de moluscicida e a intensidade das ações educativas.

Ainda neste ano origina-se o Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (Prev-Saúde) que representa uma proposta de descentralização de atenção primária ampliando os serviços de saúde pública. (Oliveira e Teixeira, 1986).

O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP-1982) previa um Sistema Nacional de Saúde destacando o aumento da produtividade, a racionalização do sistema, melhoria da qualidade de serviços, extensão da cobertura à população rural e a responsabilidade estatal sobre a política e o controle do Sistema de Saúde. A descentralização dar-se-ia para estados e municípios, porém o controle de endemias ficaria sobre a tutela do nível federal. (Oliveira e Teixeira, 1986) Em 1984 surge as Ações Integradas de Saúde (AIS) visando uma ação comum entre as instituições públicas federais, estaduais e

municipais, com integralização das ações preventivas e curativas através de uma rede regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde .

Neste contexto, as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, aprovadas na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, consolida o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira discutindo os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial, nos armando de um novo olhar, uma nova concepção de saúde considerando-a como sinônimo de qualidade de vida.

E o processo de descentralização foi recomendado através do fortalecimento dos Estados e Municípios com uma ampla e profunda reforma tributária, com fontes estáveis de receita, garantindo os compromissos à nível da União, Estados e Municípios para o financiamento das políticas setoriais. E quanto aos serviços federais que prestavam atendimentos à população foi recomendado a transferência com seus recursos humanos, materiais e financeiros aos Estados e Municípios, segundo planos e programas elaborados em conjunto pelas instituições participantes e as representações da sociedade organizada, considerando a viabilidade política e factibilidade técnico-financeiro da transferência. O nível estadual teria por função dentre outras, a vigilância sanitária e epidemiologia e outros de responsabilidade do sistema, em coordenação

com os sistemas municipais. O nível Municipal teria o seu papel definido de acordo com as características peculiares de cada caso, exercendo esse papel em estreita coordenação com o nível estadual (Ministério da Saúde, 1986).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) entra em vigor a partir do Decreto de nº 94.657, de 20 de julho de 1987, que teve como objetivo a contribuição para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações Integradas de Saúde (AIS), como estratégia para o Sistema Único de Saúde (SUS) e que determinou a extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), estrutura esta que impedia a descentralização, tendo sido repassadas suas atribuições para as secretarias estaduais de saúde (Moraes, 1990).

A Constituição Federal de 1988 experimentou avanços significativos para os rumos da saúde no Brasil, porém só em 1990 é que a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de governo, foi regulamentada. (Brasil, 1990)a.

Entendendo o controle social como exercício da cidadania o cumprimento desse requisito transcende a ação estatal e exige a presença de organizações legítimas de representação de interesses dos diversos

segmentos sociais, sendo através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foram constituídos os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, de caráter deliberativo composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. A Lei previu ainda o repasse financeiro de forma regular aos municípios, estados e distrito federal, de acordo com os critérios previstos no artigo 35 da Lei 8.080, além de admitir a possibilidade de consórcio entre os municípios para execução de ações e serviços de saúde.(Brasil, 1990b)

Em 1990, nos termos do Decreto do nº 100 de 16 de abril, acontece a fusão da SUCAM com a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) e parte das estruturas de ex-Secretarias de Ações Básicas de Saúde e de Programas Especiais de Saúde e ainda estruturas da DATAPREV (do ex-Ministério da Previdência Social) na atual Fundação Nacional de Saúde. Dessa fusão nasce uma Instituição destinada a promover, normatizar, coordenar e executar ações e serviços de saúde pública dentro de um modelo assistencial que jamais privilegiou essas ações, concentrando sua atenção e recursos na assistência individual e na prestação de serviços ambulatoriais e de internação, mantendo, portanto seu perfil inicial (Ministério da Saúde, 1995).

Nesta época a SUCAM com estruturas que gozavam de autonomia técnica e gerencial e sob o prisma do financiamento das ações

mantinha orçamento próprio, resultado da consolidação dos orçamentos dos programas sob sua responsabilidade. Os recursos eram em sua maior proporção oriundos do tesouro, sofrendo um decréscimo gradual que passou a ser suprido por outras fontes de financiamento como as provenientes do Banco Mundial através dos programas PCDEN e PCMAN, que desde 1989, passaram a financiar parcialmente os programas. (Ministério da Saúde, 1987).

A partir de 1989, o PCE foi incorporado pelo PCDEN (Programa de Controle das Doenças Endêmicas do Nordeste).

O projeto PCDEN, elaborado em 1987 pela SUCAM, foi idealizado, como diz o documento, “com o objetivo de reestruturar as ações da Instituição e integra-las progressivamente, dentro do moderno conceito de descentralização das ações de saúde, voltadas à comunidade, e que conte com efetiva participação da população alvo”.

Como alvo do projeto foram elegidas como prioritárias as doenças de alta prevalência como a doença de Chagas, a Leishmaniose e a Esquistossomose nos municípios de área endêmica dos estados nordestinos (Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia) e de Minas Gerais com financiamento iniciado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), a partir de 1989, o projeto orçou subsidiar quatro componentes são eles:

- a) Prevenção do Controle da Transmissão da Doença (PCTD): envolve o mapeamento epidemiológico, levantamentos, perfil de doenças, tratamento de casos, controle de vetores e reservatórios;
- b) Mobilização Comunitária: inclui informação, educação e comunicação (IEC), para a organização de grupos comunitários para participar na prevenção da doença e atividades de controle, inclusive redução de vetores;
- c) Pesquisas Operacionais (PO): inclui estudos bem definidos que visem a solução de problemas práticos ligados ao controle da doença de Chagas, esquistossomose e leishmanioses;
- d) Desenvolvimento Institucional (DI): que abrange o fortalecimento da administração e dos recursos da SUCAM, implementação de sua capacidade de processamento de dados; reforço da seção de Educação Sanitária da SUCAM (Provisão de equipamento audiovisual para o nível central em Brasília e níveis regionais – diretorias da SUCAM, contratação de pessoal especializado: produção de material através de contratos com empresas); e construção de instalações para diretorias regionais e sede dos distritos.

Há uma expectativa do Projeto (PCDEN) de tratar, num prazo de 5 anos, cerca de 8.500.000 de casos, nas áreas endêmicas e locais.

E objetiva desenvolver as seguintes atividades de controle:

- a) reduzir a menos de 5% a taxa de prevalência, em ao menos 80% das localidades das áreas endêmicas;
- b) diminuir a incidência de formas graves;
- c) prevenir a expansão das áreas focais isoladas e interromper aí a transmissão, sempre que possível;
- d) impedir o estabelecimento de focos de transmissão da esquistossomose, mediante programas de vigilância epidemiológica, nas áreas de projetos de irrigação e outros de grande risco.

O PCDEN, no Projeto de Programação de Atividades do Estado de Pernambuco (1989), em relação à esquistossomose, apresenta área endêmica com 78 municípios localizados em 06 regiões hidrográficas, abrangendo uma área de 17.226 Km² de superfície, compreendendo 5.909 localidades e uma população de 3.301.929 habitantes.

3 - OBJETIVO GERAL

Estudar e avaliar a situação da esquistossomose na zona da mata sul de Pernambuco, centrada nas populações, visando o controle desta endemia.

3.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I - Identificar e analisar a mortalidade por Esquistossomose no conjunto dos 19 municípios da zona da mata sul de Pernambuco, no período de 1981 a 1992;

- II - Identificar e analisar a morbidade (prevalência) por Esquistossomose em 19 municípios da zona da mata sul de Pernambuco, no período de 1977 a 1994;

- III - Identificar e analisar os caminhos e descaminhos das ações, medidas e nas propostas de controle desenvolvidas pela F.N.S. na zona da mata sul de Pernambuco no período de 1977 a 1994.

4 - METODOLOGIA

Este estudo adotou como conceito de endemia a expressão no nível coletivo do processo saúde-enfermidade, consistindo no conjunto estruturado de processos determinantes de uma doença, em unidades espaciais particulares de uma formação econômica social.

Foi estabelecido como marco histórico inicial as políticas públicas e as ações de controle das endemias, mais especificamente a Esquistossomose, considerando o contexto do Sistema Único de Saúde.

Para análise da mortalidade foram utilizados o número de óbitos registrados e relacionados ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) - FNS de Pernambuco das Secretarias de Saúde do Estado e do município de Recife.

O número de óbitos utilizados para o cálculo dos coeficientes corresponde ao período de 1982 a 1992, tendo o censo 1980 como fonte para a população base. A organização das tabelas e a construção dos gráficos serão úteis para análise da tendência temporal.

Para análise da morbidade, utilizou-se no referido estudo, dos dados secundários relativos ao diagnóstico coproscópico, tratamentos e avaliações de cada intervenção, fatores estes relacionados a população em estudo, realizado pela F.N.S. ao longo do período de 1977 a 1994.

Utilizou-se como fonte as informações contidas em projetos, relatórios de atividades, notificações, material didático, avaliações e outros documentos, principalmente da F.N.S, e também da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

Utiliza-se dos relatórios da FNS/PE para a análise temporal (séries históricas) que compreendem um período de 14 anos, entre 1977 a 1994, abrangendo o Programa Especial de Controle da Esquistossomose - PECE, implementado no período de 1977 a 1980, o Programa de Controle Esquistossomose PCE, a partir de 1980 e o Programa de Controle das Doenças Endêmicas do Nordeste PCDEN, desenvolvido a partir de 1990.

4.2 - CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A microrregião meridional do estado de Pernambuco, situa-se no litoral sul, compreendo dezenove municípios, ocupando uma área de 4.543,2 Km², correspondendo a 40,4% da zona do litoral mata e 4,6 do território pernambucano.

Apresenta como clima o tropical úmido com nuvens predominante no outono-inverno que ultrapassam os 2000 mm de precipitação. O relevo varia de plano a forte ondulado com uma rede hidrográfica sinuosa formado pelas bacias do Una, Ipojuca, Serinhaém e

Mundau com áreas de 2.394 Km², 1494 Km² e 4 Km² respectivamente (CONDEPE/FIBGE, 1992). Os solos são basicamente ocupados com a cana-de-açúcar, onde a área cultivada corresponde a 44,5% do total do Estado, para a mesma cultura (Anuário Estatístico, 1992).

Já na mata meridional, pernambucana a cana-de-açúcar corresponde a 88,8% da área total plantada para culturas permanentes e temporárias (Condepe/DIE - 1994).

De acordo com o censo demográfico de 1991 da FIBGE, a área possui uma população de 484.288 habitantes que corresponde a 6,7% da população total do Estado, resultando em uma densidade populacional de 106,80 hab/Km², significativamente maior que a densidade do estado, que é de 71,9 hab/Km². Do total desta população 57,52% residem em zona urbana e 42,57 na zona rural, com uma taxa de crescimento total de 0,73 e de 1,97, na zona urbana e 0,70, na zona rural (Condepe, 1994).

Predominam na estrutura econômica dos municípios as atividades do setor primário e terciário, como absorvedor de mão de obra, como demonstra os elementos do quadro abaixo, fornecendo uma visão da situação:

**POPULAÇÃO ECONOMICAMENTE ATIVA POR SETOR DE ATIVIDADE –
MICROREGIÃO MATA MERIDIONAL PERNAMBUCANA**

SETOR PRIMÁRIO	86.523 hab.
SETOR SECUNDÁRIO:	23.902 hab
– DE TRANSFORMAÇÃO	18.989 hab
– IND. DA CONSTRUÇÃO	4.116 hab.
SETOR TERCIÁRIO:	31.834 hab.
– COMÉRCIO DE MERCADORIAS	8.882 hab.
– TRANSPORTES E COMUNIC.	2.811 hab.
– PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	9.881 hab.
– ATIVIDADES SOCIAIS	5.360 hab.
– ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	3.119 hab.
– OUTRAS ATIVIDADES	1.781 hab.
PROCURANDO TRABALHAR	5.864 hab
TOTAL	148.123 hab.

Fonte: CONDEPE/DIE

De acordo com informação da Fundação IBGE/CONDEPE em 1985, a área total dos estabelecimentos corresponde a 458.494 ha, sendo 97,06% da área ocupada pela agricultura, 2,49% pela pecuária, 0,32% destinado a agropecuária e 0,11% pela avicultura.

↘ A agricultura tem a cultura de cana de açúcar como principal economia, podendo ser demonstrado a partir da distribuição na região de 22 usinas e destilarias do total de 43 existentes no Estado.

Sua rede de saúde está constituída por um total de 117 estabelecimentos de Saúde, sendo 26 com internação e 91 sem internação. Os estabelecimentos estão tipificados em: postos de saúde (8), centro de saúde (51), unidade mista (15), hospital (11), ambulatório/clínica (26), complementação diagnóstica terapêutica (6). Dos leitos disponíveis 566 são públicos e 749 privados.

Segundo informações do FIBGE (1980) o rendimento médio

mensal apresenta com as seguintes características:

RENDIMENTO MÉDIO MENSAL DE PESSOAS DE 10 ANOS OU MAIS, POR SEXO NA
MICRORREGIÃO MATA MERIDIONAL PERNAMBUCANA, EM 1980.

VARIÁVEL	TOTAL	%	HOMENS	%	MULHERES	%
Até 1/2 salário mínimo	41718	13,66	22.088	7,23	19.630	6,42
Mais de 1/2 a 1 s.m.	75.364	24,68	56.801	18,60	18.563	6,07
Mais de 1 a 2 s.m.	30.243	9,9	26.210	8,58	4.032	1,32
Mais de 2 a 3 s.m.	6.965	2,28	6.113	2	852	0,27
Mais de 3 a 5 s.m.	4.146	1,35	3.627	1,18	519	0,16
Mais de 5 a 10 s.m.	1.841	0,6	1.617	0,52	224	0,07
Mais de 10 a 20 s.m.	658	0,21	617	0,20	41	0,01
Mais de 20 s.m.	222	0,07	218	0,07	4	0,001
Sem rendimentos	142.932	46,8	36.435	1,93	106.497	34,8
Sem declaração	1.270	0,41	682	0,22	588	0,19
TOTAL	305358		154.408		150.950	

A demonstração destes rendimentos mensais evidencia que 85,15% da população não tem rendimentos ou ganham até 1 salário mínimo, sendo claro a questão do gênero como elemento de diferenciador quando 34,8% da população feminina apresenta-se sem rendimentos. Desta forma é possível compreender a estimativa para 1990 de 50.598 famílias de indigentes.

Tendo a produção açucareira condicionado ao organização espacial, verifica-se que os principais centros urbanos encontram-se localizados ao longo dos principais rios da microrregião. Enquanto os cursos d'água desempenharam importante papel no passado, no povoamento

desta área, atualmente as rodovias BR-101 e PE-60 funcionam como importantes eixos de escoamento da produção açucareira.

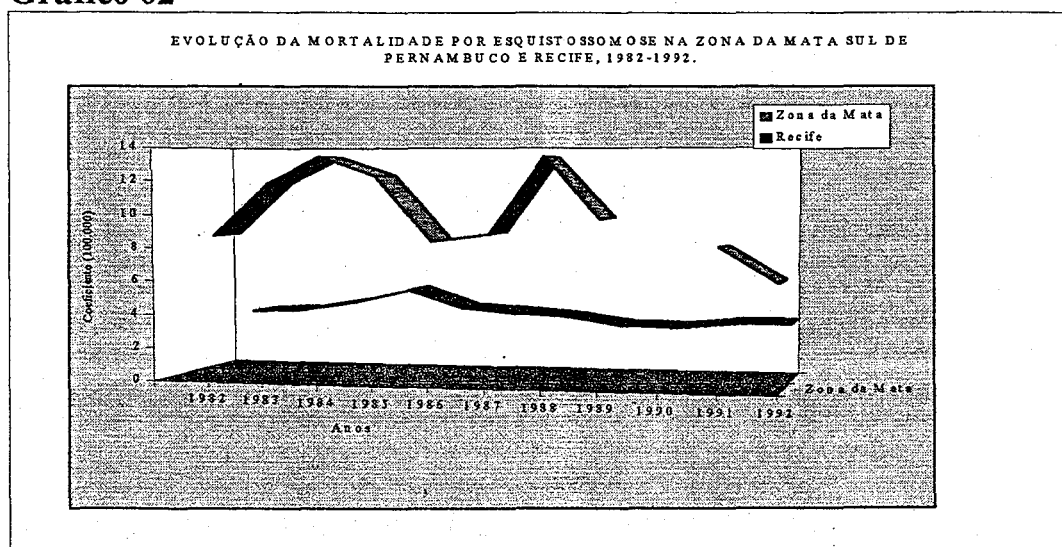
O centro urbano que mais se destaca é Palmares que desempenha funções de centro sub-regional, além de Ribeirão, Barreiros e Catende que funcionam como centros locais para atendimento à população de seus municípios.

5 - ANÁLISE DE RESULTADOS

MORTALIDADE

Na tabela (1) e gráfico (2) estão listados os coeficientes de mortalidade por esquistossomose na zona da mata sul de Pernambuco, onde se verifica que os valores oscilam no geral entre 6,26 e 13,42, apresentando uniformidade ao longo da série histórica, ocorrendo 60,2 dos óbitos no sexo masculino, sendo as notificações ocorridas entre as faixas etárias de 30 a 79 anos. Estes resultados indicam ainda que os óbitos ocorrem na população de idade economicamente ativa e no grupo da chamada terceira idade, coerente com a natureza crônica da esquistossomose, o que evidencia uma persistente dificuldade no controle e prevenção da enfermidade pelos serviços (Graf. 3).

Gráfico 02



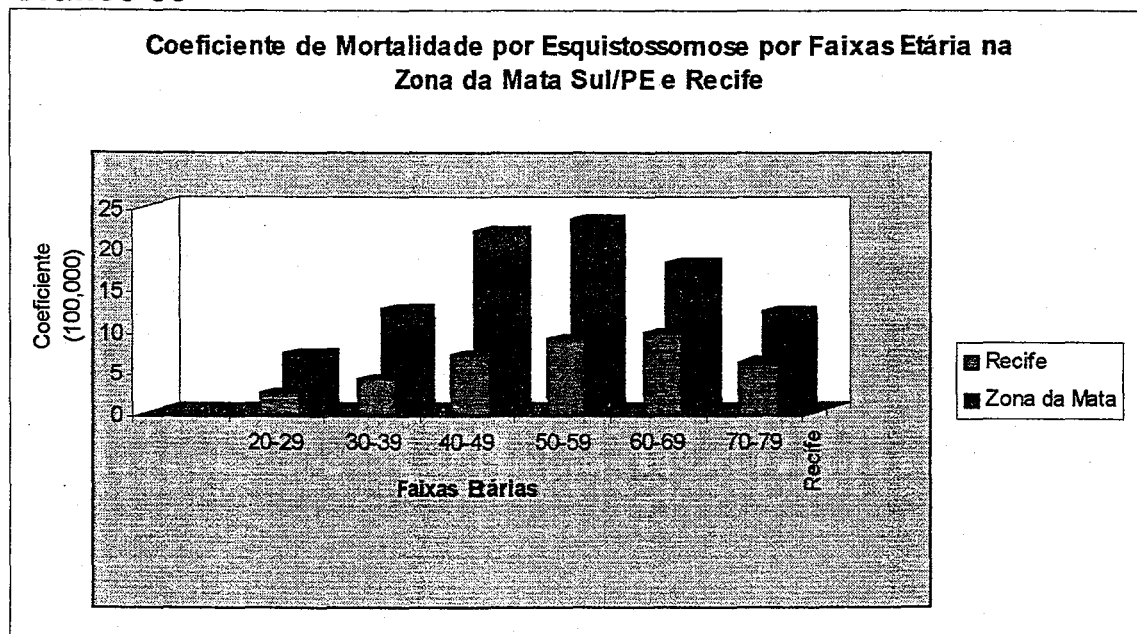
Destaca-se ainda a possível infidelidade dos dados, pois as causas básicas de óbitos assim como outras variáveis, não são ainda devidamente preenchidas nas declarações de óbitos, segundo Carvalho et al (1990). Se por um lado a discordância na determinação da causa básica, representada pelo grande intercâmbio entre os diversos grupos de causas, mostra o despreparo dos profissionais em reconhecer o que deu início ao processo que resultou na morte, por outro lado revela a presença de um complexo interrelacionamento entre as diversas causas. Assim os processos não devem ser vistos de maneira isolada e nem considerados separadamente, para efeito de prevenção, ser devendo dada uma perspectiva mais global da problemática da mortalidade.

De acordo com os dados históricos sócio-econômicos da região de estudo, os coeficientes de mortalidade reafirmam que as endemias, particularmente, a esquistossomose é característica de população de baixa renda de área canavieira e em na zona da mata população da zona rural.

Na tabela 2 estão dispostos os dados de mortalidade por esquistossomose na cidade do Recife, em que comparando-se com a zona da mata sul de Pernambuco, apresenta semelhança nas faixas etárias de 39 a 79 anos, diferenciando-se com uma diminuição no geral das taxas de mortalidade para o período e com um percentual de 55,2% de óbitos para o sexo feminino.

A atenção aos coeficientes de Recife se deve ao fato desse município não ser considerado área endêmica para a esquistossomose (FNS, 1995), justificando-se o número de óbitos por Recife ser um município de referência o que pode caracterizar o que se chama invasão de óbitos, onde os registros são realizados pelo local de procedência e não de ocorrência. Enfatizamos ainda a semelhança no comportamento dos coeficientes de mortalidade entre a zona da mata sul de Pernambuco e Recife para algumas faixas etárias.

Gráfico 03



PREVALÊNCIA

A SUCAM/FNS, responsável pelas ações de controle das grandes endemias, realiza no período de 1976 a 1985 três programas para o Controle da Esquistossomose: O PECE (1976), o PCE (1980) e o PCDEN (1989).

O PECE realiza inicialmente em 1977 um importante levantamento coproscópico na população, na faixa etária de 7 a 14 anos, dos 19 municípios que compreendem a zona da Mata Sul de Pernambuco, afim de diagnosticar os índices de prevalência e as localidades endêmicas para esquistossomose. Neste momento, a população estimada para área é de 420.247 habitantes, estando distribuídos ao longo de 1.461 localidades. Sendo realizados um total de 41.543 exames coproscópicos, sendo atingida 9,88% da população exposta ao risco de vir a ter a enfermidade.

Durante o período de 1977 a 1985 foi realizado um levantamento coproscópico inicial, seguido de quatro medicações da população positiva e mais três avaliações.

No levantamento inicial (1977), podemos verificar índices de positividade muitos elevados, considerando que para 16 municípios, dos 19 estudados, estes índices estão acima de 20%, sendo o índice maior de 70,1 em São Benedito do Sul e o menor de 11,6 em Amaraji.

A partir deste diagnóstico inicia-se a medicalização da população (1978/79) de acordo com as metas estabelecidas pelo programa de tratar com oxamniquine (Mansil) toda a população, quando esta atingir índices de positividade acima de 20%, se colocada entre os extremos de 4,0 a 20% tratar a população do grupo etário de 1 a 20 anos, e abaixo de 4% tratar apenas os doentes (Souza, 1977), totalizando 258453 pessoas tratadas. Logo após, verifica-se em 1979/80, na 1ª avaliação, uma queda nos índices de positividade iniciais, quando apenas 09 municípios mantiveram seus índices acima de 20%, já aparecendo aí dois municípios abaixo de 10%, apresentando um pico maior em torno de 39,5 nos municípios de Belém de Maria e Quipapá e o menor de 4,4% em São José da Coroa Grande.

É realizada nova medicação (2ª), agora nos anos de 1979/80, na população alvo perfazendo um total de 256833 pessoas medicadas.

Posteriormente, em 1980/81/82, na 2ª avaliação, observa-se que existe uma queda dos índices de positividade daqueles 09 municípios, que se mantinham acima de 20%, permanecendo apenas o município de Escada, que apesar de estar em torno de 23%, há um diminuição considerável ao comparar com o índice inicial (1977).

Em 1983, realiza-se uma 3ª medicação, onde são medicadas 165 484 pessoas. E a 4ª, só ocorre em 1984/1985, dois anos após a última, o

que acarreta um aumento nos índices de positividade, pois também há uma diminuição no nº de pessoas medicadas neste período.

Realizando-se em 1984/1985 a 3ª e a última avaliação do período 1977 a 1985, onde se observa a volta dos índices de positividade a patamares acima de 20%, em 10 municípios, apesar de 03 permanecerem abaixo de 10%.

Para explicação deste aumento, temos a mudança nas metas iniciais de tratamento quando apenas aqueles municípios que atingiram patamares de positividade acima de 20% receberam a medicação, mantendo-se assim a persistência do agente etiológico em condições de viabilidade no meio ambiente, naqueles municípios não priorizados, o que podemos confirmar com a diminuição de pessoas medicadas já na 3ª e 4ª medicação.

A partir de 1986 é cada vez menor o número de municípios trabalhados anualmente, na zona da mata sul. De 1986 a 1994, período de 8 anos, os municípios em média foram trabalhados apenas 2 vezes e de forma não contínua.

De 1986 a 1990, observa-se que só foram trabalhados, dos municípios de área endêmica, 08 municípios e destes apenas 01 apresentou índice aumentado. No entanto, há permanência destes em patamares acima de 20% de positividade.

No ano de 1989 implanta-se o PCDEN, programa, no qual, tinha como um de seus objetivos o de reduzir a menos de 5% a taxa de prevalência, em ao menos 80% das localidades das áreas endêmicas, em um prazo de cinco anos (Ministério da Saúde, 1987).

Quando comparamos o período 1990-1994 com o período 1984/1985, observa-se uma diminuição nos índices, principalmente, naqueles municípios que aparecem acima de 30% de positividade. (Anexo 1) (Quadro 1).

No período 90/94, somente quatro municípios apresentam percentuais acima de 30%, enquanto que em 1977, quinze municípios se encontram acima deste patamar. No entanto, de acordo com as metas estabelecidas pelo programa PCDEN, apenas o município de Cortês, atingiu a meta estabelecida com o índice de 4,1% no período de 1990/94.

Corroborando com Sturrock (1989), Amaral & Porto (1994), Hollanda (1981), Barbosa & Silva (1992); Lima, M.L. C. et al, a análise do período de 1977 a 1994 indica a influência marcante da medicação na redução dos índices de positividade, porém a quimioterapia é apenas um método complementar de controle da doença, porque essa medida isoladamente não consegue controlar a transmissão são nas áreas endêmicas extensas pela impossibilidade de tratar todos os portadores, pela falha dos exames laboratoriais, pela pendência do tratamento (em função de recusas,

contra indicações e ausências) e devido as reinfecções das pessoas residentes nas áreas endêmicas.

Em relação ao tratamento podemos observar que a partir do ano de 1989 os períodos para reavaliar o programa e realizar o retratamento foram superiores ao prazo máximo de 18 meses. Chegando em alguns municípios ao intervalo de 48 meses de uma avaliação/tratamento para outro.

Outros fatores contribuíram para a descontinuidade” da atuação na zona mata sul, após 1986, segundo técnicos da FNS, como a redução do número de pessoal para aplicação de moluscicida, a descontinuidade das atividades malacológicas, por um período superior ao programado, devido as grandes chuvas (1985), utilização do pessoal de campo de esquistossomose pelo programa de Chagas (1986), o surto de Dengue em maio de 1987, que levou a desativação de todos os programas, permanecendo apenas a vigilância anti-*aegypti* (F.A). Com a utilização do pessoal dos programas desativados, como também pela necessidade de atuar em municípios da zona da mata norte.

QUADRO-1

PERCENTUAL DE POSITIVIDADE (KATO-KATZ) PARA ESQUISTOSSOMOSE EM MUNICÍPIOS DA ZONA MATA SUL/PE-1977-1994

MUNICÍPIOS	ANOS												
	% POSITIVIDADE												
	77	79/80	80/81	84	85	86	88	89	90	91	92	93	94
ÁGUA PRETA	63,9	25,6	15,4	35,9	40,6	-	29,3	33,2	-	-	-	-	-
AMARAJI	11,6	10,0	5,5	-	8,7	-	-	-	-	8,3	-	-	-
BARREIROS	40,5	13,9	13,3	20,7	-	-	-	-	15,9	26,3	-	-	-
BELÉM DE MARIA	59,3	39,5	10,0	-	-	60,3	-	-	53,5	-	-	-	32,3
CATENDE	62,0	30,0	18,6	-	48,9	-	-	-	46,5	-	-	-	22,5
CORTÊS	34,2	17,0	15,0	26,4	-	17,1	-	-	22,7	4,1	-	-	-
ESCALDA	45,3	34,8	23,0	40,4	-	30,4	-	-	-	41,5	-	-	-
GAMELEIRA	55,1	16,8	13,1	16,9	-	-	-	-	32,2	-	-	-	-
IPOJUCA	20,5	11,6	4,3	-	7,9	-	-	-	-	10,6	-	-	-
JOAQUIM NABUCO	52,2	22,7	19,2	16,2	-	14,1	-	-	20,6	-	-	-	-
MARAIAL	53,2	23,7	13,2	-	30,2	-	34,4	-	-	-	-	19,6	-
PALMARES	41,1	22,3	12,8	-	21,7	-	-	-	20,3	-	-	-	11,9
PRIMAVERA	33,4	14,3	7,5	-	13,9	-	-	-	-	17,9	-	-	-
QUIPARÁ	53,9	39,5	17,6	-	40,5	-	34,9	-	-	-	23,5	-	-
RIBEIRÃO	35,2	18,1	8,8	-	18,3	-	-	-	11,6	30,2	-	-	-
RIO FORMOSO	34,1	17,1	11,8	16,2	17,6	-	-	-	53,6	33,2	-	-	-
S.BENEDITO DO SUL	70,1	29,2	14,5	-	50,1	-	40,9	-	-	-	25,9	-	-
S. J. DA C. GRANDE	13,5	4,4	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERINHAÉM	14,7	5,7	6,0	-	6,1	-	-	-	13,3	6,3	-	-	-

FONTE: EX SUCAM/FNS-PE/M.S.

Partindo dos relatórios disponíveis da ex SUCAM/FNS-PE (PCE-107), constroo o quadro 3, agrupando localidades por faixas de positividade. Como não dispomos desses dados para todos os anos – apenas a partir de 1984 – utilizamos a mesma metodologia adotada na análise dos

agregados por municípios (quadro 1 e 2), comparando os períodos de 1984/1985 como de 1990/1994.

QUADRO 2
PERCENTUAL DE POSITIVIDADE PARA ESQUISTOSSOMOSE
(MÉTODO KATO-KATZ)
EM MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA SUL -PE, NO PERÍODO DE 1984/85 E 1990/94

MUNICÍPIOS	ANOS		% POSITIVIDADE	
	84/85	90/94	84/85	90/94
ÁGUA PRETA	40,6	-	-	-
AMARAJI	8,7	8,3	8,7	8,3
BARREIROS	20,7	4,1	20,7	4,1
BELÉM DE MARIA	*60,3	32,3	*60,3	32,3
CATENDE	48,9	22,5	48,9	22,5
CORTÊS	26,4	4,1	26,4	4,1
ESCADA	40,4	41,5	40,4	41,5
GAMELEIRA	16,9	32,2	16,9	32,2
IPOJUCA	7,9	10,6	7,9	10,6
JOAQUIM NABUCO	16,2	20,6	16,2	20,6
MARAIAL	30,2	19,6	30,2	19,6
PALMARES	21,7	11,9	21,7	11,9
PRIMAVERA	13,9	17,9	13,9	17,9
QUIPAPA	40,5	23,5	40,5	23,5
RIBEIRÃO	18,3	30,2	18,3	30,2
RIO FORMOSO	17,6	33,2	17,6	33,2
SÃO BENEDITO DO SUL	50,5	25,9	50,5	25,9
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE	-	-	-	-
SERINHAÉM	6,1	6,3	6,1	6,3

FONTE: EX:SCAM/FNS-PE/MS

*% DE POSITIVIDADE NO ANO DE 1986

QUADRO 3
PERCENTUAL DE LOCALIDADES, POR FAIXA DE POSITIVIDADE PARA
ESQUISTOSSOMOSE EM POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA ZONA DA MATA SUL
DE PERNAMBUCO, NOS PERÍODOS 1984/85 E 1990/94

ANOS	MUNICÍPIOS	< 5%	5 A 10%	15 A 29%	30% E MAIS	TOTAL
	AMARAJÍ	54,55	33,33	9,09	3,03	100
	BARREIROS	11,63	16,28	9,3	62,79	100
	BELÉM DE MARIA*	0	0	10	90	100
	CATENDE	5	5	10	80	100
	CORTÊS	50	12,5	125	25	100
	ESCADA	18,07	13,25	10,8	57,83	100
	GAMELEIRA	23,33	20	26,7	30	100
	IPOJUCA	45,45	27,27	14,3	12,99	100
1984/1985	JOAQUIM NABUCO	20	28	12	40	100
	MARAIAL	25,64	15,38	25,6	33,33	100
	PALMARES	23,91	19,57	23,9	32,61	100
	PRIMAVERA	55	30	0	15	100
	QUIPAPA	29,35	10,87	7,61	52,17	100
	RIBEIRÃO	19,35	38,71	9,68	32,26	100
	RIO FORMOSO	46,67	6,66	8,89	37,38	100
	S. BENEDITO DO SUL	11,11	3,17	11,1	74,6	100
	SERINHAÉM	56,92	27,69	10,8	4,62	100
TOTAL	Nº %	228 28,60	134 16,81	109 13,68	326 40,91	797 100,00
	AMARAJÍ	39,68	42,86	15,9	1,59	100
	BARREIROS	25,76	19,7	19,7	34,85	100
	BELÉM DE MARIA	10,26	10,26	33,3	46,15	100
	CATENDE	7,27	20	50,9	21,82	100
	CORTÊS	40	33,3316,7	16,7	10	100
	ESCADA	7,37	21,05	16,8	54,74	100
	GAMELEIRA	0	12,24	32,7	55,1	100
	IPOJUCA	39,05	33,33	18,1	9,52	100
1990/1994	JOAQUIM NABUCO	11,43	22,86	31,4	34,29	100
	MARAIAL	36,07	36,89	18,9	8,2	100
	PALMARES	25	26,92	40,4	7,69	100
	PRIMAVERA	22,58	35,48	29	12,9	100
	QUIPAPA	17,21	20,49	24,6	37,7	100
	RIBEIRÃO	4,76	31,75	25,4	38,1	100
	RIO FORMOSO	30,69	19,8	14,9	34,65	100
	S. BENEDITO DO SUL	7,81	17,19	39,1	35,94	100
	SERINHAÉM	44,19	48,84	6,98	0	100
TOTAL	Nº %	279 23,42	322 27,33	276 23,42	304 25,80	1178 100,0

Como podemos perceber no Quadro 3, nenhum município isoladamente atingiu uma das metas do PCDEN que preconiza reduzir os índices de prevalência por localidade, indicando que 80% destas, deveriam estar abaixo de 5%, bem como o conjunto das localidades existentes nos 19 municípios. Verifica-se que apenas 23,42% das localidades estão abaixo de 5% de positividade, no período 90/94.

No período 84/85 este percentual era maior (28,60%). Inclusive, enquanto no período, tínhamos seis municípios com percentual acima de 40% na faixa < 5%, em 90/94, apenas um município estava acima deste percentual. Uma mudança significativa quando comparamos os dois períodos, é a redução de percentual da faixa de 30% e mais, de 40,91% para 25,80% produzindo uma elevação nas faixas intermediárias (5-14 e 15-29). É então ratificada a análise anterior, agregada por município, em que os patamares de positividade foram reduzidos.

Este fato demonstra que os níveis de positividade ainda se encontram muito elevados, portanto distante das metas propostas pelo Programa de Controle (PCDEN).

- CAMINHOS E DESCAMINHOS DAS AÇÕES, MEDIDAS E NAS PROPOSTAS DE CONTROLE DESENVOLVIDAS PELA FNS.

Desde o início do PECE (1977) até os dias de hoje (1996) os objetivos do controle da Esquistossomose são norteados em três caminhos: tratar os portadores através de quimioterapia (Mansil), fazer o controle malacológico, através dos moluscidas e saneamento básico e em caráter complementar as ações de educação em saúde, no entanto, ao longo do período analisado esta estratégia não atingiu as metas estabelecidas e a endemia continua com suas características iniciais de permanência.

E vem agravar esta situação ao se evidenciar que as formas hepatoesplêmicas (formas graves) tem sido reduzidas, o que têm levado, no meio científico, que a esquistomose é uma doença sem maior importância em Saúde Pública, sendo comparável às demais helmintoses intestinais (Barbosa, 1991). Limitando a compreensão desta, enquanto endemia sociodependente (Barbosa, 1983) levando a reduzir a morbidade e até diminuir em alguns momentos a transmissão, mais a partir do momento do cessamento dos medicamentos, o retorno dos índices de positividade a patamares elevados como podemos observar no quadro (1), referentes ao estudo na zona da mata sul, nos leva a afirmar que a responsável (F.N.S.) pelo controle das doenças de massa perdeu muito dos recursos financeiros e

tempo ao não favorecer as mudanças nas condições de vida das populações atingidas nas áreas.

Como por exemplo, desta falta do interesse político, em resolver os problemas temos a falta de saneamento básico, nas áreas endêmicas, como também a falta de abastecimento d'água, o que leva a concluir como um descaminho ao analisar a implementação do PECE em Pernambuco, e como também numa avaliação, do 1º semestre de 1994, do PCDEN-PE quanto ao programado e realizado no período citado temos as atividades de tratamento dos portadores e tratamento malacológico priorizados, como podemos observar no Quadro abaixo:

QUADRO 4
SISTEMA DE PROGRAMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO SISDEN/PCDEN-1994

AÇÃO	PROGRAMADA			REALIZADA			%
	FNS	MUN.	Total	FNS	MUN	TOTAL	
Coletar fezes na população para diagnóstico	295.881	-	295.881	81.462	-	81.462	27,53
Construir sistema simplificado de água e esgoto	8	4	12	-	-	0	0,00
Pesquisar coleções hídricas para detecção de criadores	7.613	-	7.713	4.610	-	4.610	60,55
Realizar exames coprocópico das amostras coletadas para diagnóstico	387.455	-	387.455	91.383	-	91.383	23,59
Realizar melhoria sanitária domiciliar	6.500	-	6.500	-	-	0	0,00
Realizar supervisão	388	-	388	144	-	144	37,11
Tratar criadouros de importância epidemiológica	802	-	802	617	-	617	76,93
Tratar outras pessoas sob o risco da esquistossomose	42.462	-	42.462	11.149	-	11.149	26,26
Tratar portador	53.330	-	53.330	21.322	-	21.322	39,98
Treinar pessoal para exame laboratorial de fezes	102	-	102	-	-	0	0,00
Treinar pessoal para exame laboratorial de planorbídeo	4	-	4	-	-	0	0,00

Nas últimas décadas, a FNS tem utilizado com estratégia a ênfase no tratamento das populações, através de quimioterápicos. Entretanto nos municípios de Pernambuco, como em experiências relatadas por Barbosa e Silva. (1992) no município de São Lourenço da Mata, este fator se agrava pelo fato de além de apresentarem altos os percentuais das localidades com taxas de prevalência elevadas, os trabalhos de controle são desenvolvidos com bastante irregularidade no tempo e espaço. Acrescenta-se a este fato que a cada ano os municípios apresentam, em maior ou menor grau, localidades, diferentes das trabalhadas no período anterior o que dificulta uma análise ano a ano, no entanto se encontrou-se uma tendência significativa, ao comparar dois períodos distintos, na análise realizados nos municípios, na zona da mata sul, nos períodos distintos 80/84 e 90/94 (Quadro 2).

Fixando-se no PCDEN, a F.N.S., no momento de sua implantação, até os dias de hoje, com sua roupagem nova de “outras estratégias de controle”, com a integração com os outros serviços municipais e estaduais de saúde, a partir das AIS, SUD’S, VIII Conferência Nacional de Saúde, IX Conferência Nacional de Saúde, Lei 8.080 e Lei 8.142, apresentou apenas alguns ensaios, ainda incipientes, de descontração das ações de controle da esquistossomose para os municípios quando:

- 1 - Mantém o financiamento em suas mãos, apesar de através de projetos especiais como o PCDEN e o PCMAN, permitir, através de convênios, o repasse de recursos federais para os municípios;
- 2 - Não têm, apesar de falácias em cima de propostas e estratégias de educar a população, utilizado os recursos do projeto para fazê-las, e quando se utilizou deste recurso é de forma insignificante, como mostra o quadro de avaliação do PCDEN-PE, no primeiro semestre de 1994, onde das atividades consideradas de educação, apenas foram realizadas aquelas referentes ao treinamento dos técnicos em ações de medicalização e reconhecimento de vetores (planorbídeo).
- 3 - Na área de informação, existe a ausência de dados consolidados, ao nível central, devido a não priorização na geração dos mesmos à nível local, determinando assim a perda de variáveis importantes que comporiam alguns indicadores no estudo da endemia.

CONCLUSÃO

1 - A esquistossomose continua sendo um problema de saúde pública na zona da mata sul do estado de Pernambuco e a análise dos coeficientes demonstra a precariedade das medidas de controle e deficiência no atendimento das necessidades básicas da população. Evidencia ainda que, os óbitos ocorrem, principalmente, em indivíduos nos estágios de vida de maior produtividade e naqueles de baixa ou sem nenhuma renda.

2 - O estudo e análise das ações de controle da SUCAM/FNS, no conjunto dos 19 municípios da zona da mata sul de Pernambuco, no período de 1977 a 1994, demonstra a persistência de endemicidade na área de estudo, mesmo com a intensa medicalização desta populações, através de tratamento específico pela oxamniquine (Mansil). Na zona da mata sul a partir das quatro ações de controle, centradas basicamente na medicalização, se observa uma diminuição acentuada, ao longo dos anos dos índices de positividade em esquistossomose.

3 - Nos anos que as ações de controle foram realizadas de forma não contínua com períodos, entre cada reavaliação/tratamento, superiores ao prazo máximo de 18 meses, verifica-se um incremento acentuado nos índices de positividade (reinfestação). No entanto, em patamares inferiores aos índices encontrados no diagnóstico inicial.

4 - O perigo da reinfestação, na zona da mata sul, se dá também pelo fato das ações de controle serem centradas, prioritariamente, na medicalização.

5 - Os caminhos percorridos pela Fundação Nacional de Saúde através de seus objetivos, métodos e técnicas se mostrou insuficientes, quando não realizou ações de controle nas localidades endêmicas, considerando os quatro pontos básicos no controle da esquistossomose como: o tratamento dos portadores, tratamento malacológico, saneamento básico e educação em saúde, considerando os fatores epidemiológicos e sociais de cada realidade trabalhada.

6 - A partir da análise realizadas por localidades nos 19 municípios da zona da mata sul de Pernambuco, observa-se quanto se está distante de atingir a meta de ampliar para 80%, o número de localidades com índices de prevalência abaixo de 5%, conforme as metas do Programa de Controle das Doenças Endêmicas (PCDEN). Neste período apenas, 23,43% das localidades, dos 19 municípios estudados, situam-se com índices abaixo de 5% de positividade. Em faixas “intermediárias” (5-14% e 15-29%) ainda se encontram 48,5 das localidades, e as restantes, que representam 25,8% apresentam índices muito elevados, acima de 30% de positividade.

7 - A esquistossomose apesar de considerada problema de saúde pública, reconhecida internacionalmente, não é encarada com seriedade pelas autoridades competentes. Podendo-se observar que o primordial para o seu controle é a vontade política, pois o desenvolvimento de ações conjuntas (quimioterapia específica, moluscicida, saneamento básico e educação e saúde ocorrem através de políticas sociais com melhoria da qualidade de vida.

7 - ANEXOS

Gráfico 01

Percentual de Positividade (Kato-Katz) Para Esquistossomose em Municípios da Zona da Mata Sul/PE, 1977-1994.

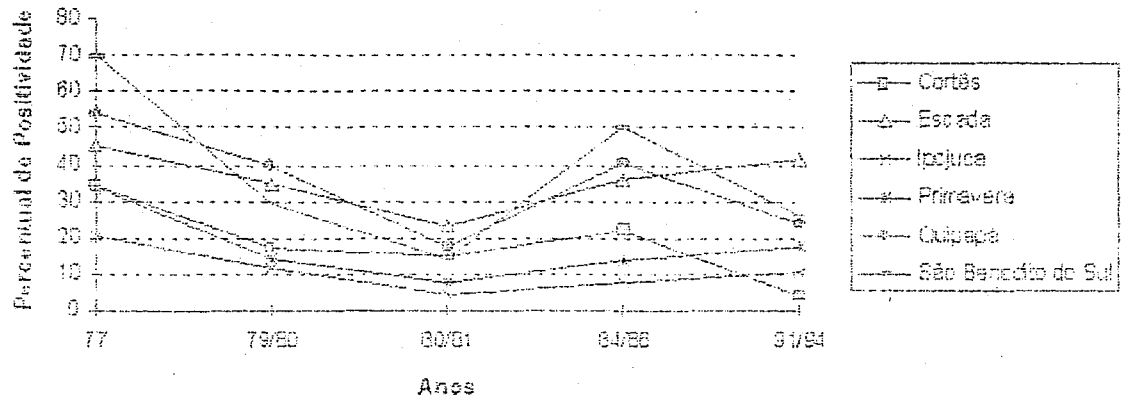


TABELA 1
COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR ESQUISTOSSOMOSE (100.000) NA MATA MERIDIONAL DE PERNAMBUCO,
POR SEXO E GRUPOS ETÁRIOS - 1982-1992

ANO	SEXO	TOTAL			< 1 ANO		1-4		5-9		10-14		15-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80		IDADE IGNORADA	
		GERAL	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1982		8,72	4,92	3,8									0,44	-	0,44	0,22	0,67	0,67	0,67	0,89	1,34	1,11	0,44	0,44	0,67	0,22	0,22	0,22		
1983		11,85	8,72	3,13									0,44	0,22	0,67	0,22	0,44	0,22	1,56	1,11	2,68	0,22	1,11	0,84	0,89	0,22	0,44	-	0,22	
1984		13,42	7,6	5,81											0,67	1,11	1,56	1,34	2,46	1,11	1,34	1,34	0,67	0,67	0,67	0,22	-	-	0,22	
1985		12,3	7,38	4,92			0,22				0,22				1,11	0,22	1,56	0,67	2,23	0,22	1,56	0,44	1,11	1,11	0,44	0,44	0,44	0,22		
1986		8,5	4,92	3,57				0,22					0,22	0,22	0,67	0,22	0,67	1,22	2,23	0,22	1,11	-	0,22	0,44	0,67	0,67	0,22	0,22		
1987		8,94	5,59	3,35											0,44	-	0,22	0,22	1,78	0,67	1,56	0,67	0,44	1,11	0,89	0,67	0,22			
1988		13,42	8,94	4,47			0,22		0,22						0,22	0,22	0,67	0,44	1,56	0,89	2,23	1,56	2,9	0,67	1,11	0,22	0,22			
1989		9,84	4,25	5,36											0,22	0,44	-	1,56	0,67	1,11	1,11	0,44	1,78	0,44	0,89	0,22	0,22			
1990																														
1991		8,27	5,59	2,68							0,44						0,89	0,22	0,89	0,22	0,67	0,67	0,89	0,44	0,67	0,44	0,44	0,22	0,22	
1992		6,26	1	3,13													0,22	0,22	0,22	0,22	0,89	1,34	0,67	0,89	0,67	0,22	0,22	0,22	0,22	

OBS: População base do censo de 1980, FIBGE.

TABELA 2
COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR ESQUISTOSSOMOSE (100.000), NO RECIFE
POR SEXO E GRUPOS ETÁRIOS - 1982-1992

IDADE		TOTAL			L-1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-79		80		IDADE IGNORADA			
ANO	SEXO	GERAL	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
1982		3,73	1,66	2,07											0,16	0,33	0,24	0,08	0,49	0,58	0,24	0,24	0,41	0,49	0,08	0,33						
1983		3,82	1,74	2,07											0,08	0,24	0,16	0,16	0,16	0,49	0,24	0,49	0,58	0,24	0,33	0,33	0,16	0,08				
1984		4,4	1,74	2,65											0,24	0,41	0,16	0,33	0,16	0,41	0,41	0,49	0,41	0,41	0,24	0,49	0,08	0,08				
1985		5,48	2,57	2,9											0,41		0,49	0,16	0,41	0,58	0,16	0,74	0,49		0,33	0,49						
1986		4,73	2,49	2,24											0,06	0,33	0,33	0,33	0,58	0,24	0,91	0,41	0,24	0,41	0,24	0,33	0,08	0,16				
1987		3,98	1,49	2,49							0,08		0,08		0,08	0,16	0,24	0,41	0,24	0,24	0,66	0,49	0,49	-	0,33	0,16	0,24					
1988		3,73	1,74	1,19							0,08	-			0,08	0,16	0,08	-	0,33	0,74	0,49	0,49	0,41	0,16	0,33	0,08	0,24					
1989		3,23	1,32	1,91									-	0,08	-	0,16	0,24	0,49	0,33	0,41	0,58	0,41	0,16	0,24	0,33	0,24	0,08					
1990		3,15	1,49	1,66												0,24	0,16	0,33	0,58	0,16	0,41	0,49	0,08	0,33	0,24	0,08						
1991		3,48	1,74	1,74									0,08	0,08	-	0,41	0,08	0,08	0,33	0,41	0,41	0,49	0,41	0,08	0,33	0,08	0,08	0,08	0,08			
1992		3,48	1,32	2,15												0,16	0,24	0,24	0,33	0,33	0,08	0,33	0,99	0,08	0,24	-	0,16	0,16	0,08			

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUDELO, S.F. As doenças tropicais: da análise de fatores à análise de processos . Im: Everardo Duarte Nunes. As Ciências Sociais em Saúde na América Latina. Brasília: OPAS, 1985 . p. 293-305.

AMARAL, R.S. do; PORTO, M.A.S. Evolução Situação Atual do Controle da Esquistossomose no Brasil. Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 27 (Suplemento III), p. 73-90, out/dez, 1994.

BARBOSA, F.S. Atuação dos Serviços de Saúde no controle das doenças endêmicas. A saúde no Brasil. n.4, out/dez 1983. 198-204p.

BARBOSA, F.S. mensagem aos "Tropicalistas" brasileiros. Revistas saúde em debate. n. 6. p. 49-56, jan/mar. 1978

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. a.

BRASIL. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. b.

COSTA, N. do R. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: Origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.121 p.

FREITAS, C.A. de História da Peste e outras Endemias. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1988. p. 183-194. (Coleção memória da saúde pública).

INSTITUTO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL.
Endemias: Estudo sobre a Reorganização das Atividades de Controle.
Rio de Janeiro: FNS/IBAM/ENSP, 79., jan/1995.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DE PERNAMBUCO, Anuário
Estatístico de Pernambuco. 1992. [Recife] CONDEPE, v. 41, B. 1-272,
1995.

LYDA, M. Cem Anos de Saúde Pública: A cidadania negada. São Paulo:
UNESP, 1994. 148p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . SUCAM. Programa de Controle de
Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e
tratamento por localidade. Pernambuco, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE . SUCAM. Programa de Controle de
Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e
tratamento por localidade. Pernambuco, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de
Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e
tratamento por localidade. Pernambuco, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final da VIII Conferência Nacional
de Saúde. Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Projeto de Controle das Doenças
Endêmicas no Nordeste. Brasília: SUCAM, 1987, 137 p. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e tratamento por localidade. Pernambuco, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e tratamento por localidade. Pernambuco, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e tratamento por localidade. Pernambuco, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e tratamento por localidade. Pernambuco, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa Especial contra a esquistossomose. Boletim mensal de avaliação pós medicação. Pernambuco, 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa Especial contra a esquistossomose. Boletim mensal de avaliação pós medicação. Pernambuco, 1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa Especial contra a esquistossomose. Boletim mensal de avaliação pós medicação. Pernambuco, 1981.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE.
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. Descentralização das
Ações e Serviços de Saúde: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a
Lei. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília: FNS/CENEPI. Ano
2. Número especial. p. 5-47. jul./1993. b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE.
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA. As ações de vigilância
epidemiológica e controle de agravos na perspectiva do SUS. Informe
Epidemiológico do SUS. Brasília: FNS/CENEPI. Ano 2. Número
especial. p. 77-95.jn/1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE.
Proposta de Reestruturação. Brasília: F.N.S, jul/1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final da IX Conferência Nacional de
Saúde: Municpilização é o Caminho. Brasília, 1992. 47 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. DIVISÃO DE
ESQUISTOSSOMOSE. Manual de Guarda de Esquistossomose:
Introdução para a coproscópia/medicação. 1 ed. Brasília: SUCAM,
1988.56p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de
Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscópia e
tratamento por localiddé. Pernambuco, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e tratamento por localidade. Pernambuco, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e tratamento por localidade. Pernambuco, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUCAM. Programa de Controle de Esquistossomose. Resumo mensal das atividades de coproscopia e tratamento por localidade. Pernambuco, 1986.

MORAES, H.F. SUCAM: Sua origem, sua história. Brasília: SUCAM, v.2, agos/1998.268p.

MORAES, H.F. SUCAM: sua origem, sua história. Brasília: SUCAM, v.1, 2 ed, 1990. 484p.

OLIVEIRA, J.A. de A.; TEIXEIRA, S.M.F. (im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1986. 360p.

PELLEGRINI FILHO, A; RAMOS, C.L.; RIBEIRO, J.A.T. A medicina comunitária, a questão urbana e a marginalidade social. In: GUIMARÃES, R. Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um debate. Rio de Janeiro: GRAAL, 1978.. P-207-224.

ROSEN, G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. 385p.

SABROZA, P.C.; TOLEDO, L.M.; OSANAI, C.H. A organização do Espaço e os Processo Endêmicos-Epidêmicos, Im: LEAL, M.C; SABROZA, P.C.; RODRIGUEZ, R.H. et all. Saúde, Ambiente e Desenvolvimento. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, v.2, 1992. p. 57-77.

SIQUEIRA, M.T. de. Controle de Endemias no Sistema Único de Saúde. A caminho da descentralização? O caso de Olinda-PE. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, 1995.

SOUZA, I. Migrações internas no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1980.

SOUZA, P.P. de Programas de Erradicação e Controle de Endemias a cargo da SUCAM: análise sucinta do período 1974 e 1977 . Rev bras. malariologia e doenças tropicais, Brasília, v.29, 1977 . p.111-116.

STRURROCK, R.G. Controle da esquistossomose: aspectos epidemiológicos da reinfecção. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz - 84 (suppl 1). p. 134-147, 1989.